SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, queda abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 11 minutos.)

-La Comisión de Salud Pública tiene el gusto de recibir a una delegación de la Comisión de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud Pública, conformada por los doctores Homero Bagnulo, Mario Godino y Marcelo Barbato, que fue invitada a los efectos de que aportaran sus reflexiones acerca del proyecto de ley que instaura el Día de la Seguridad del Paciente, que tenemos en carpeta y que ustedes también recibieron. Entendimos que si el Ministerio de Salud Pública había creado una Comisión específica -que, además, es nueva- sobre este tema, con cometidos importantes, no podíamos aprobar esta iniciativa sin escuchar sus puntos de vista. Es en ese sentido que les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR BAGNULO.- Esta Comisión fue creada como consecuencia de un hecho que los señores Senadores posiblemente recordarán: la prisión de la enfermera del Hospital Pasteur. En ese momento, desde el Fondo Nacional de Recursos estábamos trabajando sobre algunas estrategias de seguridad. Se hicieron algunas declaraciones públicas en defensa de esa persona, porque en esa situación lo que falló fue el sistema, pero ella terminó yendo a prisión. La Ministra de aquel momento, la doctora María Julia Muñoz, solicitó que se estudiara el tema y se plantearan las posibles soluciones. Esto generó la creación de esta Comisión de Seguridad del Paciente, porque Uruguay tiene la fortaleza, diríamos, de encarar este tema desde una estrategia país, y no desde un punto de vista local, como sucede en la mayoría de los países con los grandes hospitales o centros, como Cleveland Clinic o Mayo Clinic.

En el caso del Uruguay, un decreto ministerial estableció que cada prestador de salud debe tener su Comisión de Seguridad del Paciente, que se relaciona con la Comisión de Seguridad del Paciente central, que depende del Ministerio de Salud Pública y está integrada por quienes estamos aquí y algunos compañeros más. Esto fue reforzado, además, porque a iniciativa de algunos colegas de la OPS se aprobó un convenio entre Costa Rica -país de referencia de la Organización Mundial de la Salud en seguridad del paciente en América Latina- y Uruguay. Ese Tratado se creó con dos objetivos primarios: desarrollar estrategias -han venido delegaciones de Costa Rica y nosotros también hemos viajado a ese país- e implementar la lista de verificación quirúrgica o *check list*, que es el segundo de los retos de la Organización Mundial de la Salud. En ese sentido, se creó un plan piloto conformado por diez instituciones, a las que ahora se han sumado catorce más, y se han realizado diecisiete mil cirugías utilizando esta lista de verificación quirúrgica. Nosotros queremos que esta técnica se generalice a todo el país con un cumplimiento acorde, puesto que es uno de los elementos que da más seguridad a los pacientes. Por ejemplo, evita las cirugías del lado equivocado -que son mucho más frecuentes de lo que imaginamos- y que se opere a un paciente por otro cuando tienen apellidos similares. Además, se plantea la monitorización del oxígeno durante toda la cirugía, etcétera.

En una reunión que se realizó en Punta del Este de la Unasur ampliada, nueve Ministros -entre ellos, el uruguayo- firmaron el compromiso de la higiene de manos, que fue el primero de la Organización Mundial de la Salud.

El Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, ha sido bastante activo en el sentido de implementar algunas políticas y, con los últimos hechos acaecidos en el mes de marzo relativos a los enfermeros, esta estrategia ha sido muy reforzada. El Subsecretario de Salud Pública, profesor Leonel Briozzo, se ha involucrado fuertemente en este tema brindando un apoyo muy importante a la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente. Es más; algunos de los que hoy estamos presentes acá viajaremos a Minas el día miércoles pues toda la Regional Este tiene una actividad con prestadores públicos y privados: además, dentro de dos semanas nos vamos a Tacuarembó por la Regional Norte, buscando que una serie de estratégicas vinculadas a estos temas se difundan y se empiecen a aplicar.

Nuestra idea -ya lo hicimos anteriormente y ahora lo vamos a retomar- es reunirnos todas las semanas con algunas de las instituciones y ver qué programas se han ido poniendo en práctica en

cuanto a la seguridad.

Estas son las acciones que se han ido desarrollando y que cité sucintamente.

SEÑOR BARBATO.- Creemos importante que desde el Parlamento se trate esta temática, pues para la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente involucra absolutamente a toda la sociedad y es necesario discutirla de esa manera para incluirla en la agenda de todos los agentes de la salud. Como explicó el doctor Bagnulo, toda esta tarea ha sido de trabajo voluntario por parte de los prestadores sanitarios, profesionales y trabajadores de la salud, con lo que se ha ido generando la masa crítica necesaria para poder involucrar en esta temática a todo el sistema sanitario, pues esto no se puede establecer exclusivamente por decreto; se puede establecer por decreto la constitución de un Comité de Seguridad del Paciente, como se hizo en el año 2008, pero cada vez que intentábamos desarrollar todo esto nos encontramos con algunas resistencias y algunas dificultades en toda la logística necesaria por parte de los prestadores. Además, se trata de una temática totalmente nueva a nivel del mundo; recién en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud crea una Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. En nuestro país esto surgió, como explicaba el doctor Bagnulo, en forma reactiva, a raíz de un suceso trágico.

La estrategia que veníamos llevando adelante consistía, entonces, en desarrollar esa masa crítica en base a capacitación, educación e implementación de prácticas seguras, sencillas, demostradas en todas partes del mundo y que son retos globales por parte de la Organización Mundial de la Salud para que los propios Comités de Seguridad de los Pacientes los tomen. La idea era que fueran desarrollándose dentro de la institución como herramientas para poder introducir todas estas políticas que pretendíamos desde la órbita ministerial. En los cursos de capacitación participaron más de 200 profesionales y en 45 prestadores se crearon Comités de Seguridad de los Pacientes, con algunas actividades programadas y unos pocos con planes de seguridad integrales.

El eje cambió radicalmente con un nuevo elemento que para nosotros era inesperado, imprevisible y no era sobre lo que veníamos trabajando en la problemática de la seguridad de los pacientes; me refiero a la gestión del riesgo clínico. Esto nos obligó a mirar más profundamente algunas de nuestras actividades y adaptarnos a la coyuntura, sin perder el eje estratégico que nos habíamos trazado.

En base a esto se desarrolló un programa para la coyuntura, con la pretensión de que diera garantías mínimas a los usuarios. La idea era que el tema de la seguridad se tomara, aunque fuera con elementos mínimos, por parte de los prestadores, ya no en forma estrictamente voluntaria sino obligatoria. No obstante, sabemos que la cultura de seguridad, que es lo que va a permitir sostener toda la política, como se establece en la exposición de motivos de este proyecto, no se puede generar en forma punitiva ni obligatoria; esa cultura se desarrolla. Por lo tanto, no podemos tomar medidas que vayan a chocar contra el elemento estratégico de mejora de la calidad y seguridad asistencial. De todas maneras, con las medidas que se tomaron en las áreas más involucradas, pensamos que los prestadores han tomado el tema, no diríamos de una forma responsable, pero sí con más fuerza. Por ejemplo, se ha concurrido a los cursos de capacitación y se ha generado la figura del supervisor capacitante para dividir por áreas y poder asistir de la manera más eficiente posible a todos las personas involucradas, que van a ser quienes desarrollen estas políticas en las instituciones. Esas serían las dos primeras medidas desarrolladas. Se está trabajando también en la gestión de los comportamientos disruptivos en conjunto con la Comisión de Bioética ministerial, tratando de trazar acuerdos de comportamiento que sean lo más aceptados posible por todos los agentes de la salud, los trabajadores profesionales y no profesionales. Sabemos que los reglamentos internos de las instituciones corren por otros carriles, pero la idea es establecer un comportamiento que sea esperable por parte de todos los trabajadores sanitarios. Creemos que este es un elemento sustancial y está demostrada su eficacia para mejorar el clima de seguridad en muchos países del mundo.

Nos parece excelente instituir un día específico que promueva la seguridad del paciente, justamente para alinear a todas las fuerzas a los efectos de trabajar en esta temática, es decir, a los prestadores sanitarios -la Academia, los trabajadores y los profesionales de la salud-, así como también a todo el sector político. Los norteamericanos citan a sus conferencias a todos los

stakeholders involucrados en una temática para ver los distintos ángulos del tema y tener un lenguaje común, hecho que consideramos imprescindible.

También creemos profundamente positivo declarar un día del nacimiento de una persona que fue afectada por el sistema sanitario porque habla de positividad, de proactividad e, inclusive, de grandeza por parte de quien lo plantea en la exposición de motivos.

SEÑOR GODINO.- Como dijo el doctor Barbato, estamos muy contentos de que se instituya el Día de la Seguridad del Paciente.

Nos parece que la redacción del proyecto de ley está muy bien, pero nos gustaría destacar que cuando hablamos de la seguridad del paciente no solo nos estamos refiriendo a tener una medicina más segura y al paciente como centro, sino también a que lo que queremos cambiar en el pensamiento de las instituciones sanitarias es un paradigma que predomina hasta ahora, el de la culpa, porque consideramos que se agotó. Se piensa que si se retira a la persona última que comete el error, todo se soluciona y ya no se volverá a repetir. Proponemos que ese concepto se sustituya por un enfoque en el que la gente aprenda y se entrene para detectar las fallas en el sistema. Eso es lo que estamos intentando hacer con los cursos. Esto quedó claro cuando una enfermera puso el suero hipertónico a la chiquita de Maldonado y eso determinó que tuviera convulsiones. Decimos que queda claro porque ese suero no se usa más, pero la industria lo elaboró igual al suero glucosado hipertónico que sí se emplea mucho. Es decir que hay un suero que se usa mucho y otro que casi no se utiliza, que fueron elaborados hasta del mismo color. Ese suero no debía estar en la reanimación pero apareció allí, por lo que parece poco útil usar un paradigma en el que la culpa es de quien lo aplicó a la niña. Las fallas en el sistema son mucho más importantes. Para nosotros es vital cambiar ese paradigma para que las instituciones no se queden con esa tarea -a veces, la más fácil- de culpar y, en consecuencia, retirar a la última persona que se equivocó, y asumir la tarea real de liderazgo que consiste en detectar dónde está fallando el sistema que diseñaron, ver por qué hay sueros iguales y por qué aparecen donde no se usan. Pensamos que eso es lo que realmente solucionaría las fallas del sistema para que no se repitieran, porque todos podemos equivocarnos, pero lo injustificable es que suceda, que no encontremos las causas y que se siga repitiendo.

A su vez, queremos poner énfasis en que esto es para proteger al paciente y a todo el personal sanitario, así como para cambiar el paradigma de pensamiento, porque queremos pasar de culpabilizar y arruinar la vida de una persona, a empezar a pensar en forma sistémica y a detectar dónde están las fallas, y cuando haya responsabilidades individuales -por negligencia o intencionalidad-, que vayan por el carril que corresponda, porque para eso también hay herramientas.

SEÑOR GALLO.- Antes que nada, quiero agradecer que hayan aceptado concurrir a esta Comisión a los efectos de brindar la opinión que les merece el proyecto de ley, aunque creo que lo fundamental es ratificar los conceptos que se están manejando en materia de seguridad del paciente y en las políticas que se vienen desarrollando. En realidad, ya habíamos escuchado hablar de ellas a raíz de los hechos de notoriedad ocurridos en los últimos meses y de la visita de los representantes del Ministerio al Parlamento a los efectos de analizar el tema. La Comisión de Seguridad del Paciente intervino y desarrolló todas las estrategias que se están manejando, que no surgieron a raíz de toda esta situación, sino que se venían implementando con anterioridad.

Por tanto, nos parece muy importante ratificar todos los conceptos y conocer su opinión -en principio favorable- sobre la posibilidad de instituir un “Día de la Seguridad del Paciente” y, a partir de esa fecha, desarrollar actividades masivas -coordinadas por el Ministerio y en las que intervengan todos los prestadores que integran los equipos de salud- que pongan el tema sobre la mesa.

También es de destacar que este proyecto de ley parte de la sociedad civil, porque fue una fundación la que nos hizo llegar la iniciativa en función de una situación generada por una mala praxis en un establecimiento de salud. Concretamente, en una forma muy altruista, un grupo de familiares planteó su preocupación, no con la idea de reivindicar específicamente ese fallecimiento sino, a partir de ese hecho, con la intención de encarar el tema como corresponde. En definitiva, eso fue lo que nos llegó, a lo que se suman los hechos ocurridos en los últimos meses. Pensamos que con un proyecto de

ley que declare ese día como tal, podríamos complementar el desarrollo de las estrategias que está llevando a cabo el Ministerio a través de la Comisión de Seguridad del Paciente en una simbiosis con la sociedad.

Teníamos dudas solamente con la fecha. Algunos señores Senadores planteaban la posibilidad de que fuera cambiada porque podía tener otras connotaciones para la sociedad. Por tanto, quisiera saber si existe alguna fecha preestablecida a nivel mundial a los efectos de tenerla en cuenta en caso de que decidiéramos no respetar la que propuso la fundación. Es un tema que todavía no hemos resuelto y sobre el que quisiéramos saber si hay alguna iniciativa.

SEÑOR BAGNULO.- La fecha del 5 de mayo está vinculada al Programa Higiene de Manos -5 del 5 por los cinco dedos de la mano-; ese es el primer reto.

Por lo que estuvimos viendo, en algún momento la Organización Mundial de la Salud había planteado este tema, pero creo que no confirmó una fecha. De todas formas, si los señores Senadores lo entienden necesario, podemos hacer una consulta formal a la Organización Mundial de la Salud, porque nos parece muy importante lo que dice el señor Senador Gallo en cuanto a que si ya existe una fecha a nivel mundial, no sería bueno fijar una distinta a nivel local.

Me gustaría agregar un elemento que ninguno de los presentes ha comentado y que me parece muy importante. A los efectos de que este tema realmente entronque en nosotros, los médicos, es muy importante que se empiece a tratar desde edades muy tempranas. El Decano de la Facultad ha sido muy proactivo en este sentido y, por tal motivo, uno de los cursos lectivos del nuevo plan comenzaría a ser impartido en setiembre u octubre a los estudiantes del tercer ciclo del Pregrado. Aparentemente, hay posibilidades de que esto constituya en el futuro el currículo oficial, no electivo, más allá de que las materias electivas dan créditos y sirven en el nuevo plan para llegar a titularse. Además, está planteada la posibilidad de que esto quede integrado al nuevo programa. Creemos que eso es muy importante porque es más fácil introducir esos conceptos para cambiar nuestro comportamiento. Aclaro que digo “nuestro comportamiento” porque seguramente nuestras generaciones tenían muy asumido lo de ser infalible y considerar el error como algo inaceptable, cuando hoy bien sabemos, a través de la ingeniería de los factores humanos, que todos nos equivocamos y que en determinadas circunstancias lo hacemos en mayor medida.

Entonces, el hecho de que los estudiantes vayan conociendo desde el comienzo la falibilidad que tenemos como médicos y seres humanos, nos parece que puede ser el factor que ancle definitivamente este tema en el ejercicio de la profesión.

SEÑOR GALLO.- Quiero aclarar que solicitamos información al Ministerio de Salud Pública con respecto a las fechas conmemorativas, y luego de ver la lista de todas las fechas mundiales vimos que no existe un día específico de la seguridad del paciente. Queríamos saber si ustedes tenían otra información, porque en función de ello adoptaremos una decisión.

SEÑOR SOLARI.- Me sumo a las palabras de bienvenida del señor Presidente de la Comisión a nuestros invitados.

Quisiera compartir dos reflexiones. Una tiene que ver con la seguridad del paciente en las interfaces entre dos momentos y dos organizaciones asistenciales. Digo esto porque hemos tenido noticias de prensa en el sentido de que este invierno hubo largas colas de ambulancias con pacientes que requerían internación y en muchos casos atención de urgencia o de emergencia, pero tuvieron que esperar para poder ingresar al paciente al servicio de puerta. Inclusive, tuvieron que esperar a que una coordinadora asignara un hospital y una cama a ese paciente. Mientras tanto, ese paciente permanece en una ambulancia que tiene determinado equipamiento pero, obviamente, no es el lugar más adecuado para hacerle los estudios y esperar una resolución. Entonces, en esos casos parece haber un elemento de inseguridad, a tal punto que en algunos círculos se habló de que se habían producido muertes en esas ocasiones. No sabemos si nuestros invitados están en conocimiento de esas muertes, si las estudiaron y si podían haberse evitado o no, porque creo que ese es un elemento muy importante. También desde ese ángulo puedo nombrar la atención domiciliaria de pacientes

complicados porque presentan algún cuadro agudo y requieren asistencia, pero cuando llaman al 105, en el área metropolitana de Montevideo, no obtienen respuesta. En algunos casos -lo que es peor aún- se les dice que no se puede concurrir porque, por ejemplo, el personal está de paro. En el caso de pacientes de condición muy humilde, que no tienen forma de trasladarse por sí mismos y además están cursando una enfermedad, la no asistencia constituye un elemento de agravamiento de la enfermedad y una disminución de la seguridad con que ese paciente es tratado y asistido. En tal sentido, me gustaría escuchar alguna reflexión en cuanto a cómo ven ustedes este problema y qué se está haciendo al respecto.

Por otro lado, veo con muy buenos ojos lo que se está haciendo en materia de formación de recursos humanos, por ejemplo en la Facultad de Medicina, pero me da la impresión de que la seguridad del paciente -ya sea el que tiene una emergencia en domicilio, en la vía pública o aun el que está internado- en última instancia depende mucho del personal asistencial que lo acompaña en forma más permanente, que no necesariamente es el médico, sino el personal de enfermería. Quisiera escuchar alguna reflexión sobre la vinculación que ustedes tienen con las distintas escuelas de formación de recursos humanos en enfermería.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por mi parte, quiero agregar una pregunta más a las que planteó el Senador Solari, a los efectos de que las respondan todas juntas.

Nosotros tenemos un Sistema Nacional Integrado de Salud con una cobertura muy amplia de la población. Hace algunos años eso no era así; había pacientes que se atendían en las mutualistas y otros que eran asistidos, en condiciones muy distintas a las que se dan ahora, en los hospitales públicos; una buena parte de la ciudadanía tenía muchísimas dificultades en este sentido, a pesar de que era obligatorio atenderlos en los hospitales. La entrada de un contingente muy numeroso a un Sistema Nacional Integrado de Salud plantea problemas nuevos y obliga a los prestadores de salud a atender a mucha más gente que antes. Aquí cabe preguntarse qué sucede con la seguridad de los pacientes. La virtud de este Sistema Nacional Integrado de Salud es que permite que ingresen, pero surgen problemas nuevos. En realidad, la seguridad de esos pacientes cuando no tenían dónde entrar era restringida, pero la que tienen hoy está supeditada a los problemas actuales. Quisiera escuchar alguna reflexión un poco más general a este respecto.

SEÑOR BARBATO.- Se han planteado dos preguntas apasionantes para nosotros, pero exceden muchísimo nuestra capacidad para darles una respuesta acabada y contundente. No tenemos tarea de control ni fiscalizadora como para conocer, con propiedad al menos, cómo se viene desarrollando eso que parece ser un problema detectado. Sin duda alguna, el tema de la espera parece ser un problema tangible y se arrastra desde hace varios inviernos. Los señores Senadores recordarán que el profesor Amalberti visitó nuestro país invitado por la Comisión y por el Fondo Nacional de Recursos. El es el encargado de toda la seguridad del paciente en Francia. En ese país, cada 100.000 personas hay una que trabaja en régimen de dedicación total en el tema de la seguridad de los pacientes. Para que tengan una idea, sería como que se dedicaran cerca de 6.000 horas hombre al tema de la seguridad de los pacientes en el Uruguay, algo de lo cual estamos sumamente alejados y, dada la realidad de nuestro país, sería imposible de realizar. Este profesor nos explicaba que hay cinco dedos en los eventos adversos y el primero de ellos tiene que ver con la accesibilidad, porque si no la hay, no podemos hablar de profundidad de la atención ni de calidad y seguridad asistencial. Ese es un elemento realmente trascendente.

El segundo -que es el que manejamos mejor los profesionales- refiere a los problemas de la no calidad. El profesor señalaba que los problemas de la no calidad, de la accesibilidad y los relacionados con este ámbito -que son las infecciones, las caídas y todo lo que ocurre dentro de los hospitales- constituyen un 60% de los problemas en la salud en Francia, país que está en segundo lugar en cuanto a su nivel de calidad en los cuidados de la salud, según la Organización Mundial de la Salud. Un 10% se adjudicaría a los problemas de comunicación con los usuarios y un 30% a los eventos excepcionales, que son los que han llevado a que esta temática se encuentre en nuestra agenda. Por tanto, los temas planteados estarían entre los primeros, es decir, la accesibilidad y la calidad y seguridad de la atención.

En lo que refiere a la calidad y a la seguridad de la atención -los *handoff* o *handover* que planteaba el Senador Solari en forma muy aguda-, la transferencia de la responsabilidad y los cuidados constituyen un problema real. En Europa se utiliza un eurobarómetro de *handover* que ha mostrado los enormes problemas que hay en las transiciones de los cuidados y cómo eso afecta la seguridad. En ese sentido, sin duda el papel de la enfermería es trascendente en cantidad y calidad. Asimismo, como bien se dijo, hay herramientas para mejorarlo -y en eso pretendemos trabajar- desde el punto de vista de la formación de los recursos humanos, pero eso no es algo de respuesta rápida. La cantidad y la disposición de los recursos constituyen una tarea difícil, porque requiere una reingeniería de los procesos en todos los prestadores, pero hay lugares que son más sensibles que otros.

Nosotros trabajamos en terapia intensiva y sabemos que el papel de la enfermería es clave. Según un estudio israelí, en terapia intensiva hay 178 errores por paciente y por día y un 2% de ellos determina eventos adversos, de los cuales cerca del 20% pueden ocasionar daños graves o la muerte. Reitero que se deben exclusivamente a errores. Ese es un dato impactante -hablamos del CTI de adultos- y surge de uno de los mejores trabajos proyectados. Las tareas de enfermería representan el 86% de las actividades realizadas sobre el paciente, mientras que los médicos solo realizamos entre el 7% y el 8% y, a pesar de la distinta intensidad del trabajo, compartimos la mitad de los errores. Creemos que, a los efectos del resultado final sobre los pacientes, los cuidados de enfermería son tan trascendentes -en algunas áreas lo son más aún- como el ejercicio de los médicos por la transición de los cuidados. A este respecto, hay que tener presente cada cambio de turno porque, por ejemplo, en un paciente que está internado quince días se producen sesenta cambios de turno de enfermería y en cada uno debemos estandarizar lo más posible las tareas. Esa es una labor a la que podemos abocarnos. Es lo más humilde que podemos hacer desde nuestro ámbito porque lo otro nos excede en mucho.

SEÑOR GODINO.- Quisiera complementar brevemente lo que se ha dicho con respecto al rol de la enfermería, porque es el principal elemento para interceptar el error. Uno trata de prevenirlo, pero cuando ocurre y se busca quién tiene más capacidad para interceptarlo, sin duda la respuesta es la enfermería, porque es la que está más cerca del paciente. Esto lo hemos tenido muy en cuenta, a tal punto que hay doscientos profesionales que se han formado en cursos que inició en forma pionera el Fondo Nacional de Recursos y hemos trabajado aunando esfuerzos con el Ministerio, a través de un convenio. En su gran mayoría fueron licenciados en enfermería y enfermeros, y cabe agregar que la Facultad de Enfermería ya incorporó el tema de la seguridad del paciente a lo curricular. En realidad, los médicos venimos siguiendo el tema en cuanto a que las enfermeras tengan la capacidad de detectar la importancia de todo esto y se incorpore a sus estudios curriculares. De hecho, nosotros participamos activamente en los cursos de seguridad del paciente que se dictan en la Facultad de Enfermería; están bien presentes en la parte formativa y van a desempeñar un rol fundamental en esa masa crítica que, según pensamos, hará que esto llegue a un punto de no retorno, que es lo que pretendemos.

SEÑOR BAGNULO.- Realmente no queremos abusar del tiempo de los señores Senadores, pero debo decir que los planteos que se han hecho son apasionantes; creo que para el mundo entero son centrales. El tema de los recursos humanos en medicina es candente en todo el mundo; por ejemplo, hay Estados de los Estados Unidos donde no hay neurocirujanos. Por supuesto que en esto influyen muchos aspectos y está demostrado que en el mundo la fuerza laboral de la enfermería es cada vez más escasa y está más desmotivada. Sin embargo, la demanda es mucho mayor, ya que está vinculada al envejecimiento y a la transición epidemiológica que, además, se agrava con la generación que integramos algunos de nosotros. Me refiero a la de los *baby boomers,* que está envejeciendo y va a requerirla.

Precisamente, en el día de ayer se publicó un estudio muy bueno en el *Washington Post*, referido a la necesidad -también tiene que ver con lo que señalaba el señor Senador- que va a generar el plan de Obama en la salud. Al facilitarse la accesibilidad, se va a producir un aumento muy importante y ya se están planteando la cantidad de recursos que faltan. Esto es algo que todo el mundo está enfrentando y, al igual que otros recursos como el agua, será un bien que se va a robar; me refiero a los recursos humanos, sobre todo en medicina, tales como médicos y licenciados en enfermería. Será necesario generar instancias de motivación, no solo económica -aunque también es importante-, para los licenciados en enfermería porque son una fuerza fundamental en estas estrategias.

Desde un principio hemos estado trabajando con algunas enfermeras que han desarrollado muy buenas acciones y podemos mencionar sus nombres: Licenciadas Rocío González y Silvia Techera. Además, estamos solicitando que se incorporen a la Comisión porque realmente han sido muy valiosas.

Creo que el tema de los recursos humanos en enfermería es significativo. Existe la idea de hacer un observatorio de recursos humanos en la salud y me parece que sería sumamente importante, tanto como la iniciativa que están considerando los señores Senadores. Habría que generar algún observatorio donde todos estén representados porque, como ustedes saben, este país ya está enfrentando problemas graves y serán mucho peores hacia el año 2020.

El doctor Basso, cuando era Director General de la Salud, hizo un estudio -en mi opinión, muy certero- sobre los recursos humanos en el área de la salud, y allí hay un dato escalofriante: en ese momento el 18% de las licenciadas en enfermería tenía más de 52 años y no existe capacidad de reemplazo. Esto plantea un problema que estimo que habría que encarar. De todas formas, no quiero extenderme en este aspecto aunque realmente hemos estado trabajando mucho sobre él.

Por otro lado, está el tema de cómo el sistema está sobrepasado con respecto a lo que se planteaba. Cabe aclarar que todos provenimos del mismo centro, porque trabajamos juntos en el CTI del Hospital Maciel. Por eso podemos referirnos a algunos datos que nos parecen sumamente importantes -seguramente los señores Senadores ya los conocen-, que tienen que ver con los accidentes, sobre todo los vinculados con las motos. La cantidad de días-camas que se ocupan por este motivo es brutal. Ayer leía el dato de que hay diez mil motos secuestradas, pero creo que solo con esa medida no va a alcanzar, sino que habrá que tomar otras porque la situación es impresionante, entre otras cosas, por la carga de enfermedad que queda en los que sobreviven. A esto se debe agregar que, de acuerdo a los datos que estamos recogiendo en base a la medición de metabolito de cocaína en la orina, el 30% de los accidentados que llegan a nuestros centros son positivos. Esta cifra es impactante y muestra que la pasta base está incidiendo en todos lados.

Debemos reconocer además que lo que sucedió con los enfermeros ha llevado a que los médicos practiquen una medicina defensiva -con la consiguiente prolongación de las estadías-, pues la gente recrimina y exige más. Hemos analizado este tema y llegamos a la conclusión de que esta situación de presión también la están viviendo las emergencias móviles, ya que muchos enfermos que antes quedaban en sus domicilios ahora son trasladados.

Como comentaba el doctor Barbato, la visita del profesor Amalberti significó un oxígeno muy importante. Si bien su presencia estaba planteada desde antes, llegó en el momento justo. Uno de los elementos que nos recomendó y sobre el que estamos trabajando ahora es la realización de revisiones de morbimortalidad. Dicho de otra manera: estamos revisando los pacientes que fallecen. Como algunos señores Senadores recordarán, esa era una vieja costumbre del profesor Larghero que aquí se dejó de lado, pero en Francia nunca se dejó de practicar, e inclusive en Estados Unidos ahora se está retomando la medida de revisar una vez a la semana todos los muertos. Creo que esto le puede dar al sistema una credibilidad bien importante. En el fondo de toda estrategia está, como bien dice Daniel Callahan, un nuevo contrato de la sociedad con la medicina. Si no vamos hacia un nuevo contrato social, en el cual los médicos asumamos nuestras debilidades y generemos fortalezas en los sistemas, no tenemos salida. Las estrategias deben estar pensadas para generar un nuevo contrato social en el cual los criterios de justicia distributiva, como plantea Rawls, sean determinantes en la accesibilidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a nuestros invitados los conceptos vertidos. Estamos a vuestra disposición y, por supuesto, cuando tengamos necesidad de consultarlos, lo haremos.

(Se retiran de Sala los integrantes de la Comisión de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud Pública.)

-En consideración el proyecto de ley.

SEÑOR GALLO.- Se había planteado una duda con respecto a la fecha, pero desde mi punto de vista hay que mantenerla. En realidad es una fecha simbólica y, por lo que averigüé en el Ministerio de Salud Pública, a nivel mundial no hay ninguna con ese carácter. Entonces, simplemente por el hecho de que fue la fecha que sugirió la fundación, me parece conveniente mantenerla.

SEÑORA XAVIER.- En realidad no me seducía mucho utilizar esta fecha, pero reconozco que no habiendo otras mejores, es significativa para poder definirla como el Día de la Seguridad del Paciente.

Por lo demás, solamente propongo una corrección en el artículo 1º y es que en lugar de "Declárese" se exprese: "Declárase".

En definitiva, estamos en condiciones de votarlo.

SEÑORA MOREIRA.- Estoy de acuerdo con el señor Senador Gallo en cuanto a la fecha, por lo que estoy en condiciones de votar el proyecto en estos términos.

(Dialogados.)

SEÑOR PRESIDENTE.- En realidad, después de verificar que, según nos informó el Ministerio de Salud Pública, hay cuarenta y seis días conmemorativos registrados y ninguno coincide con esta materia; después del trabajo realizado por la Secretaría, que revisó los eventos anuales en la Organización Mundial de la Salud y constató que hay veintidós días y tampoco ninguno coincide con esta materia, parece imposible que esto sea incluido en algún otro día conmemorativo, nacional, internacional o mundial. Me parece que se justifica que tengamos un día dedicado a esta materia y, por tanto, estoy de acuerdo con el criterio de apoyar la iniciativa de esta fundación y, además, tal como ellos lo plantearon, aceptar esta fecha simbólica: es el día que cayó y, en todo caso, a larga debemos tratar de que esto sea lo que caracterice a ese día.

En estos términos, estoy dispuesto a votarlo.

SEÑOR SOLARI.- Personalmente estoy en condiciones de votar. No me deja muy conforme el tema de la fecha, pero en definitiva hay que mirar hacia adelante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si los señores Senadores están de acuerdo, votaríamos en bloque el articulado.

(Apoyados.)

-Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el proyecto de ley.

(Se vota:)

-5 en 5. **Afirmativa**. UNANIMIDAD.

Si los integrantes de la Comisión están de acuerdo, designaríamos como Miembro Informante al señor Senador Gallo, que fue quien tuvo la iniciativa.

(Apoyados.)

-Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

SEÑORA SECRETARIA.- En primer lugar, tenemos una nota de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, adjuntando copia de una resolución relacionada con el funcionamiento del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.

SEÑORA XAVIER.- Tiene que ver con la Rendición de Cuentas, de manera que propongo que se remita a la Comisión de Presupuesto.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo.

SEÑORA SECRETARIA.- En segundo término, ha llegado un informe jurídico solicitado a la División Estudios Legislativos del Senado en relación a la Carpeta Nº 920/2012, relativa a personas adictas a sustancias estupefacientes.

Finalmente, tenemos el material prometido por el Director del Hospital de Clínicas en su comparecencia el 24 de julio.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿No tenemos ningún otro asunto?

SEÑORA SECRETARIA.- No, pero la última sesión que tenemos prevista es la correspondiente al día 21, en que la Comisión recibirá a la Fundación Peluffo Giguens. Quisiera consultarles si sigo programando sesiones, porque en esos días comienza el análisis de la Rendición de Cuentas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si los señores Senadores están de acuerdo, recibiríamos a la delegación de la Fundación Peluffo Giguens el día 21 y dejamos de programar audiencias para después de esa fecha.

(Apoyados.)

-No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Es la hora 18 y 8 minutos.)